

Medicina genere-specifica e malattie metaboliche: un nuovo paradigma per la salute inclusiva

Gender medicine and metabolic diseases: a new paradigm for inclusive health care

Giovanna Motta

SC Endocrinologia, Diabetologia e Metabolismo U - AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

DOI: <https://doi.org/10.30682/ildia2503b>

ABSTRACT

Gender medicine recognizes gender and sex as key health determinants that substantially modulate the epidemiology, pathophysiology, drug response, treatment adherence, and health outcomes of men and women, as well as individuals within the LGBTQ+ community. Gender differences are particularly evident in metabolic diseases such as type 2 diabetes and metabolic syndrome. The LGBTQ+ population faces unique challenges in terms of metabolic and cardiovascular health due to structural barriers and discrimination. It is essential that healthcare professionals receive training to provide appropriate and respectful care to people of all gender identities and sexual orientations.

Inclusive language and targeted training can help create a more welcoming and safer healthcare environment. Investing in research and education is crucial to ensure that everyone has access to personalized and equitable care.

KEYWORDS

Gender medicine, LGBTQ+, transgender, inclusive language.

Negli ultimi anni, la medicina genere-specifica ha assunto un ruolo sempre più centrale nel dibattito scientifico e clinico, soprattutto nell'ambito delle malattie croniche e metaboliche. La crescente consapevolezza delle differenze biologiche, ormonali, psicosociali e culturali tra individui di diverso genere – inclusi quelli appartenenti alla popolazione LGBTQ+ – impone una revisione

dei modelli tradizionali di diagnosi, prevenzione e cura. Questi ultimi, storicamente fondati su un paradigma binario maschio/femmina, si stanno dimostrando sempre più inadeguati a rispondere alla complessità della realtà clinica attuale.

La medicina di genere, o più precisamente medicina genere-specifica, si è affermata come una branca fondamentale della medicina moderna. Essa riconosce che genere e sesso sono determinanti di salute che influenzano in modo sostanziale l'epidemiologia, la fisiopatologia, la risposta ai farmaci, l'adesione ai trattamenti e gli esiti di salute.

Questo approccio mira a rendere la medicina più personalizzata, equa ed efficace, rispondendo ai bisogni dell'individuo nella sua interezza biologica, psicologica e sociale.

IL CONTESTO NORMATIVO: ITALIA ED EUROPA

In Italia, già a partire dal 2016, il Ministero della Salute ha riconosciuto l'importanza del genere come determinante di salute. Questo riconoscimento ha portato, nel 2018, all'approvazione della Legge 3/2018, nota anche come "Legge Lorenzin", che ha sancito l'introduzione della medicina di genere nel Servizio Sanitario Nazionale.

È stato così istituito l'Osservatorio Nazionale per la Medicina di Genere, con il compito di monitorare e promuovere l'integrazione della prospettiva di genere in tutte le

fasi dell'assistenza sanitaria: dalla ricerca alla formazione, dalla prevenzione alla comunicazione pubblica (1, 2). A livello europeo, l'European Institute for Gender Equality (EIGE) ha sottolineato l'importanza dell'equità di genere nella salute pubblica, mentre l'OMS promuove dal 2007 una strategia di "gender mainstreaming" nelle politiche sanitarie, che invita tutti i Paesi membri a incorporare la dimensione di genere nei sistemi sanitari. Tuttavia, la messa in pratica di queste direttive rimane disomogenea, e le disuguaglianze persistono.

GENERE, IDENTITÀ SESSUALE E SALUTE: CHIAREZZA CONCETTUALE

Un passaggio fondamentale per affrontare questi temi è distinguere in modo preciso tra alcuni concetti chiave:

- *Sesso assegnato alla nascita*: definito da fattori biologici e genetici (cromosomi, genitali, gonadi).
- *Identità di genere*: percezione interna e soggettiva del proprio genere, che può non coincidere con il sesso assegnato alla nascita.
- *Espressione di genere*: modalità con cui una persona manifesta il proprio genere attraverso l'abbigliamento, la voce, i gesti e l'aspetto.
- *Orientamento sessuale*: dimensione affettiva e/o sessuale dell'attrazione verso altre persone.

Queste componenti, insieme, costituiscono l'identità sessuale, un costrutto multidimensionale che, oltre a definire l'identità personale, può influenzare profondamente l'esperienza di malattia, il modo in cui si cercano le cure e l'efficacia delle terapie (3).

DIFFERENZE DI GENERE NELLE MALATTIE METABOLICHE

Le malattie metaboliche rappresentano un ambito paradigmatico in cui le differenze di genere influenzano la patogenesi, la sintomatologia e la risposta terapeutica.

Nel diabete di tipo 2, ad esempio, le evidenze mostrano che:

- Gli uomini tendono a sviluppare la malattia in età più precoce e con BMI inferiori, presentando maggiore insulino-resistenza epatica e una distribuzione viscerale del grasso (4).
- Le donne sviluppano la patologia più tardivamente, con un BMI generalmente più elevato, e mostrano una prevalente distribuzione del grasso sottocutaneo (4).

Queste differenze determinano un profilo di rischio cardiovascolare significativamente diverso tra i generi. Inoltre, nelle donne si osserva un impatto maggiore della depressione sul controllo glicemico, e un rischio più alto di eventi cardiovascolari nonostante un profilo lipidico apparentemente migliore, suggerendo meccanismi fisiopatologici più complessi.

Un altro esempio è rappresentato dalla sindrome metabolica, che presenta una diversa prevalenza e correlazione con i fattori ormonali a seconda del genere, con impatti diversi sulla fertilità, sul fegato (NAFLD) e sul rischio oncologico (5).

PERSONE LGBTQ+ E VULNERABILITÀ METABOLICA

La popolazione LGBTQ+ è spesso invisibile nei grandi studi clinici e raramente inclusa nei protocolli standardizzati. Tuttavia, studi mirati hanno evidenziato una maggiore vulnerabilità in termini di sindrome metabolica, obesità, ipertensione e dislipidemie.

Le donne che si identificano come lesbiche o bisessuali (SMW - Sexual Minority Women) mostrano una prevalenza aumentata di fattori di rischio cardiometabolico, legata a una combinazione di fattori biologici e ambientali:

- Maggiore esposizione allo stress cronico da appartenenza ad una minoranza.
- Discriminazioni sistemiche e scarsa accessibilità ai servizi sanitari.
- Stili di vita meno salutari, spesso influenzati da contesti culturali e da mancanza di rappresentazione (6, 7). Fenomeni come l'"obesità metabolicamente sana" (MHO), più frequente in queste popolazioni, rappresentano un'area ancora poco esplorata e richiedono modelli interpretativi più raffinati, che vadano oltre la semplice misurazione del BMI (6, 7).

PERSONE TRANSGENDER: RISCHIO METABOLICO E BARRIERE SANITARIE

Le persone transgender, il cui genere non coincide con il sesso assegnato alla nascita, affrontano una serie complessa di rischi metabolici (8).

Le terapie ormonali, come testosterone per persone AFAB o estrogeni e antiandrogeni per persone AMAB, modificano la composizione corporea, il profilo lipidico e l'insulino-sensibilità.

L'uso di ciproterone acetato (CPA) nelle terapie femminilizzanti è stato associato a un rischio aumentato di tromboembolia venosa, soprattutto nei soggetti con fattori di rischio preesistenti.

Il testosterone può indurre aumenti della pressione arteriosa, policitemia e alterazioni lipidiche, con effetti ancora da chiarire nel lungo termine (9, 10).

Ma il rischio metabolico non è solo legato alla terapia ormonale. Le persone transgender affrontano ostacoli multipli:

- Barriere strutturali all'accesso ai servizi (anagrafica incongruente, burocrazia, mancanza di percorsi dedicati).
- Scarsa aderenza agli screening oncologici: il Pap test o la mammografia sono spesso evitati per disforia, discriminazione o esclusione dai registri automatici.
- Stigma e stress psicosociale, che agiscono come fattori di rischio indipendenti.

Un esempio emblematico riguarda la prevenzione del tumore della cervice uterina: solo il 20% delle persone transgender AFAB tra i 25 e i 64 anni si sottopone al Pap test, contro quasi l'80% delle donne cisgender. Le rettifiche anagrafiche dei documenti, pur fondamentali per affermare l'identità, possono interferire con i sistemi di chiamata automatica ai programmi di screening (11, 12).

STILI DI VITA E DETERMINANTI SOCIALI: IL PESO DELLE DISUGUAGLIANZE

Fattori come sedentarietà, abitudini alimentari scorrette, fumo e consumo di alcol sono più frequenti in alcune sottopopolazioni LGBTQ+, e contribuiscono ad aumentare il rischio metabolico e cardiovascolare (13).

A questi si aggiungono altri determinanti sociali:

- Maggiore incidenza di psicopatologie non trattate.
- Povertà economica e lavorativa, che riduce l'accesso a una dieta sana o all'attività fisica.
- Esclusione scolastica e familiare, che impatta negativamente sulla salute a lungo termine.

In questo senso, l'approccio alla salute metabolica deve essere integrato e tenere conto della complessa interazione tra biologia, ormoni, ambiente e vissuti personali (13, 14).

FORMAZIONE DEL PERSONALE E LINGUAGGIO INCLUSIVO

Uno dei problemi più diffusi è la mancanza di formazione specifica del personale sanitario. Molti operatori

non hanno strumenti adeguati per riconoscere e gestire le specificità di genere e orientamento sessuale nella pratica clinica quotidiana. Il linguaggio, in particolare, riveste un ruolo centrale nella costruzione dell'alleanza terapeutica:

- Utilizzare pronomi corretti.
- Evitare il deadnaming.

Riconoscere la differenza tra identità di genere e orientamento sessuale non sono atti simbolici, ma strumenti clinici, in grado di migliorare la fiducia, l'aderenza terapeutica e l'efficacia degli interventi. È dimostrato che il rispetto dell'identità della persona riduce lo stress percepito, migliora l'autoefficacia e aumenta la probabilità di mantenere contatti regolari con i servizi sanitari.

BUONE PRATICHE E PROSPETTIVE FUTURE

Alcuni centri clinici, sia in Italia che all'estero, hanno già implementato modelli di assistenza affermativa, che integrano:

- Team multidisciplinari formati su identità di genere e salute LGBTQ+.
- Percorsi clinici personalizzati e accessibili.
- Sistemi informativi flessibili, che rispettano l'identità dichiarata.
- Spazi sicuri e visibilmente inclusivi.

Questi modelli dimostrano che l'equità non è utopia, ma una possibilità concreta, se sostenuta da volontà istituzionale, formazione continua e dialogo con le comunità.

CONCLUSIONI

Superare il binarismo di genere nella medicina non è solo una questione etica, ma una necessità scientifica. Le differenze di genere e identità incidono profondamente sulle malattie metaboliche, sulla loro prevenzione e sul loro trattamento. Ignorare queste differenze significa perpetuare disuguaglianze, inefficienze e danni evitabili.

Solo attraverso un approccio inclusivo, scientificamente fondato e socialmente consapevole potremo garantire a ogni persona una cura personalizzata, equa e dignitosa. Investire nella formazione degli operatori, nella raccolta sistematica di dati disaggregati per genere e identità, e nella creazione di percorsi affermativi è la strada per una medicina del futuro realmente centrata sulla persona.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute. (2019). Piano per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere.
2. Regolamento Legge 3/2018 – Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali, riordino delle professioni sanitarie e dirigenza sanitaria.
3. https://www.infotrans.it/it-schede-8-glossario_transgender.
4. Kautzky-Willer A et al. Sex differences in type 2 diabetes. *Diabetologia*. 2023 Jun; 66(6):986-1002.
5. Koceva M, et al. Gender differences in obesity and adipose tissue distribution. *Int J Mol Sci*. 2024; 25:7342.
6. Kinsky et al., Risk of the Metabolic Syndrome in Sexual Minority Women: Results from the ESTHER Study. *J Womens Health (Larchmt)*. 2016 Aug; 25(8):784-790.
7. Choi et al., Risk factors for metabolic syndrome in self-identified and questioning sexual minority women. *Obesity (Silver Spring)*. 2023 Nov; 31(11):2853-2861.
8. Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022 Sep 6; 23(Suppl 1):S1-S259.
9. Asscheman H, Wierckx K, Gooren L, de Blok C, Jackson L. Cardiovascular risk in transgender women: a multi-study overview. 2011-2023.
10. Streed et al. Assessing and Addressing Cardiovascular Health in People Who Are Transgender and Gender Diverse: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2021, Aug 10; 144(6):e136-e148.
11. Fisher et al. Estimate and needs of the transgender adult population: the SPoT study. *J Endocrinol Invest*. 2024 Jun; 47(6):1373-1383.
12. Berner AM, et al. Cervical screening attendance among transgender individuals. *Br J Gen Pract*. 2021; 71(709):e614-e625.
13. Marconi et al., Sociodemographic profile, health-related behaviours and experiences of healthcare access in Italian transgender and gender diverse adult population. *J Endocrinol Invest*. 2024 Nov; 47(11):2851-2864.
14. Santangelo et al. Dietary Habits, Physical Activity and Body Mass Index in Transgender and Gender Diverse Adults in Italy: A Voluntary Sampling Observational Study. *Nutrients*. 2024 Sep 17; 16(18):3139.